



Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.
Hiermit weisen wir Sie darauf hin, dass eine Beantwortung der Fragen freiwillig geschieht und einzelne Fragen auch im Behandlungsverlauf beantwortet werden können.

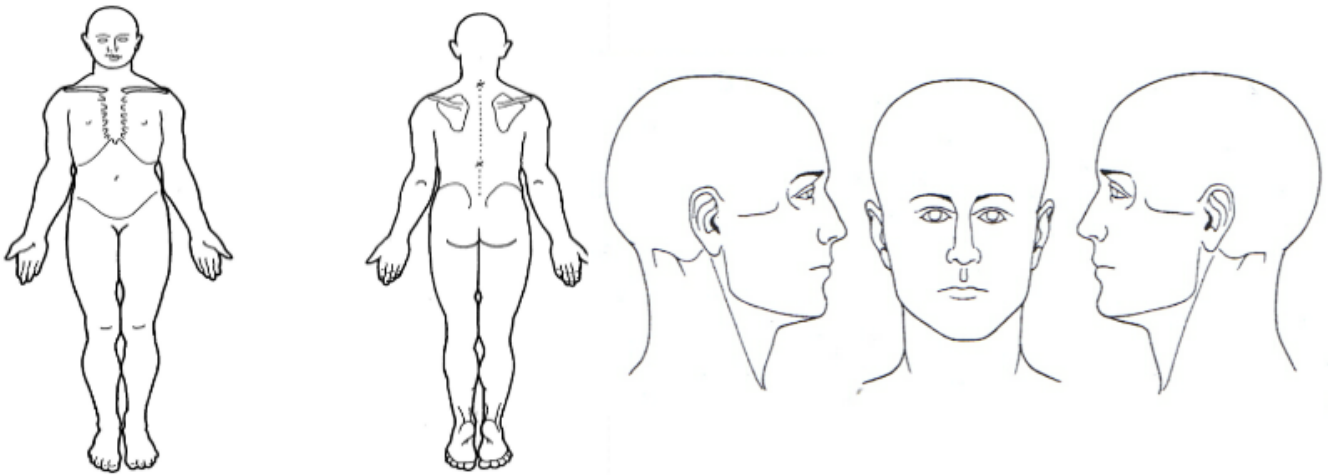
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:	Telefon privat:	Telefon geschäftlich:
Mobil:	Email:	
Versicherung (bitte einkreisen):	gesetzlich/privat/Beihilfe	
Alter:	Beruf:	Sport/Hobby:
Hausarzt:		

Eine **Absage** muss spätestens **24 Stunden** vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen.

Bitte denken Sie daran, bei der ersten Behandlung die Zuzahlung der gesetzlichen Krankenkassen an Ihrem Rezept zu bezahlen.

Datum Unterschrift

1.) Wo haben Sie ihre Probleme? (bitte einzeichnen):



2.) Was sind Ihre Hauptbeschwerden? _____

3.) Haben Sie Schmerzen? ja ☐ nein ☐

4.) Ist Ihre Beweglichkeit verändert? ja ☐ nein ☐

5.) Ist Ihre Sensibilität verändert (Kribbelerscheinungen/Taubheit)? ja ☐ nein ☐

6.) Haben Sie einen Kraftverlust? ja ☐ nein ☐

7.) Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden? _____

8.) Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon? _____

9.) Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)? _____

10.) Was verbessert Ihre Beschwerden (Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Tragen, etc.)?

11.) Was verschlechtert Ihre Beschwerden (siehe oben)?



12.) Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan? (bitte einkreisen):

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

13.) Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal? (bitte einkreisen):

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

14.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **permanent/ mit Unterbrechungen**

15.) Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **gleich** bleibend/ **besser** werdend/**verschlechternd**

16.) Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): **Husten/Niesen/Pressen/Schlucken**? ja ☐ nein ☐

17.) Haben Sie **Gang-**, oder **Gleichgewichtsstörungen**? ja ☐ nein ☐

18.) Sind Sie **schwanger**? ja ☐ nein ☐

19.) Haben Sie **Kopfschmerzen**? ja ☐ nein ☐

20.) Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen**, oder **Schluckstörungen**? ja ☐ nein ☐

21.) Haben sie eine der folgenden Erkrankungen: **Diabetes, Rheuma, Osteoporose**? ja ☐ nein ☐

22.) Haben Sie **Probleme mit den inneren Organen (Sodbrennen, Verstopfung, etc.)**? ja ☐ nein ☐

23.) Haben Sie **weitere Erkrankungen** (z.B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohl sein etc.)? ja ☐ nein ☐

24.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? ja ☐ nein ☐

25.) Hatten Sie jemals einen **Tumor**, oder eine **Krebserkrankung**? ja ☐ nein ☐

26.) Haben Sie **nachts Schmerzen**? ja ☐ nein ☐

27.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja ☐ nein ☐

28.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber oder nächtliches Schwitzen**? ja ☐ nein ☐

29.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja ☐ nein ☐

30.) Haben **Sie sonstige Beschwerden**, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)?

ja ☐ nein ☐

31.) Haben Sie Angst bzw. Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem **Problem** schadet?

ja ☐ nein ☐

32.) Glauben Sie, dass Ihr **Problem** langfristig anhalten wird?

ja ☐ nein ☐

33.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik/Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Spritze / Massage

Physiotherapie / Anderes: _____

34.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie?
